

重度障がい者医療費受給資格認定申請書（兼台帳）

医療証番号				資格認定年月日		年 月 日		
申請事由		新規・更新・転入・その他（ ）		年齢区分		3歳～15歳・65歳未満・65歳以上		
①受給者	ふりがな	(男・女)		住 所	〒 -			
	氏 名							
	生年月日	年 月 日生						
	個人番号							
	ふりがな			住 所	〒 -			
	保護者氏名							
生年月日	年 月 日生							
個人番号								
②障がいの状態	身体障がいの状況	程度(等級別)		の の 級				
		身障手帳の番号		年 月 日発行 第 号(再判定 年 月)				
	知的障がいの状況	程度	重度・中度	判定機関				
		判定日	年 月 日(再判定 年 月)		摘要			
	精神障がいの状況	程度(等級別)						
		精神手帳の番号		年 月 日発行 第 号(期限 年 月 日)				
国民年金受給者	証書番号	第 号	傷病名	有期認定	年 月 日まで			
特別児童扶養手当受給者		第 号			年 月 日まで			
③医療保険	被保険者氏名			受給者との続柄	個人番号			
	保険種別	協・組・日・船共・国・後期		被保険者証の記号番号				
	保険者名			保険者番号				
	所在地			付加給付の有無	有・無			
	高額療養費代理受給委任状の有無		有・無					
④その他	同居者氏名	(続柄)		(続柄)		(続柄)		
		(続柄)		(続柄)		(続柄)		
	施設入居の有無	有・無	他に受けることができる公費負担					
<p>上記のとおり、重度障がい者医療費受給資格の認定を申請します。</p> <p>当該申請の審査並びに高額療養費及び高額介護合算療養費の請求に関して、中間市が所得調査等を行うことを承諾します。</p> <p>当該申請に関して、中間市が市町村民税に係る情報及び特別児童扶養手当等の支給に関する情報の提供を受けるために個人番号を利用することを承諾します。</p> <p>高額療養費及び高額介護合算療養費に該当する場合は、その請求、受領及び振替を中間市長に委任します。</p> <p>中間市長 様</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 電話番号</p>								
所得状況		本 人		配偶者		扶養義務者		
控除後の所得額		円		円		円		
控除対象親族等		人		人		人		
限 度 額		円		円		円		
審査欄	資格審査	① 可 ② 否	所得審査	① 可 ② 否	判定	① 認定 ② 却下	公簿確認 戸籍・住民票・外人登生保・他制度医療・所得	